

## Tumor fantasma de pulmão

BÁRBARA SANTANA D'ÁVILA MELO<sup>1</sup>, ANA CAROLINA MARTINS SERRA<sup>1</sup>, MÁRCIA TERESA CARREIRA TEIXEIRA BELO<sup>2</sup>, EPAMINONDAS BELO NETO<sup>3</sup>, SAULO MAIA D'ÁVILA MELO<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Residentes de Clínica Médica da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>2</sup> Mestre em Gastroenterologia; Doutoranda do Curso de Pós-graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Professora-assistente de Clínica Médica da Universidade Gama Filho (UGF) e Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>3</sup> Pneumologista; Professor-assistente de Clínica Médica da UGF e Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>4</sup> Mestre e Doutor em Medicina, Universidade Federal de Sergipe (UFS); Professor-assistente do Curso de Medicina da Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil

Trabalho realizado no Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ) – 7ª Enfermaria – Serviço do Prof. André Filipe Marcondes Vieira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Correspondência para:** Bárbara Santana D'Ávila Melo – Rua Piauí, 43/13 Higienópolis, São Paulo, SP, Brasil, CEP: 01241-001 – ba\_melo@hotmail.com

©2012 Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

S.B.E., masculino, 79 anos, negro, viúvo, metalúrgico aposentado, natural do Espírito Santo, residente em Nova Iguaçu – RJ, Brasil há 40 anos, hipertenso e diabético não controlado, foi internado com história de dispneia progressiva nestes últimos dois meses e atualmente com dispneia em repouso, ortopneia, dispneia paroxística noturna, tosse seca e edema de membros inferiores.

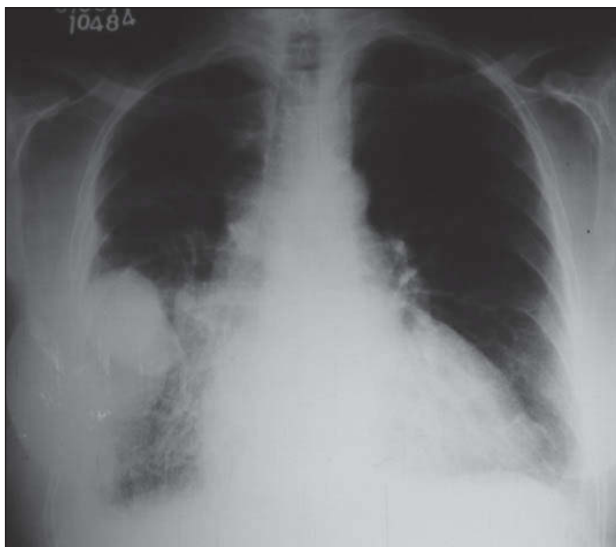
Ao exame físico encontrava-se hidratado, afebril, corado, anictérico, acianótico, taquipneico, com turgência jugular e em anasarca. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular reduzido na base pulmonar direita e estertores crepitantes bibasais. Aparelho cardiovascular: RCR com B3, bulhas hipofônicas e sopro sistólico no foco mitral ++/6+. Abdômen: globoso, com edema de parede e hepatomegalia levemente dolorosa. Membros inferiores: edemaciados com cacofo 4+/4+, panturrilhas livres e pulsos preservados.

Exames laboratoriais sem alterações, exceto glicemia de jejum 117 mg/dL. Na radiografia de tórax em PA e perfil observamos, aumento da área cardíaca, opacidade

homogênea volumosa (tipo massa) de limites bem definidos, arredondada, na topografia da cissura horizontal direita e opacidades heterogêneas nos terços inferiores bilateralmente, com velamento dos seios costofrênicos, principalmente à direita (Figuras 1A e 1B). ECG: sobrecarga atrial esquerda, BRE de 2º grau, BAV de 1º grau e extrasístoles ventriculares. Ecocardiograma: disfunção sistólica importante, hipocinesia difusa, fração de ejeção: 28%, insuficiência mitral moderada, insuficiência tricúspide leve e avaliação da função diastólica prejudicada por extrasístoles frequentes.

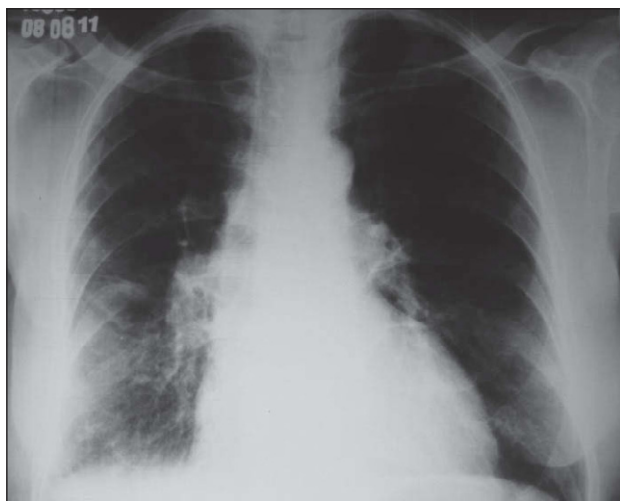
A hipótese diagnóstica foi de insuficiência cardíaca congestiva descompensada com a presença de tumor fantasma de pulmão.

O paciente evoluiu de maneira satisfatória com o uso de diuréticos de alça e poupador de potássio, inibidor da enzima conversora da angiotensina e betabloqueador, compensando o quadro de insuficiência cardíaca congestiva (ICC).



**Figura 1** – Radiografia de tórax em PA (A) e perfil (B) mostra um tumor fantasma bem delimitado na cissura horizontal direita, além de aumento da área cardíaca e opacidades heterogêneas nos terços inferiores bilateralmente, com velamento dos seios costofrênicos, principalmente à direita.

O diagnóstico de tumor fantasma foi confirmado com o desaparecimento da imagem radiológica localizada na topografia da cissura horizontal direita após sete dias de tratamento (Figura 2), recebendo alta hospitalar compensado clinicamente, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial.



**Figura 2** – Resolução completa da imagem radiológica após sete dias de tratamento para ICC.

A ICC pode provocar derrame pleural bilateral nas porções inferiores da pleura costal, obliterando os seios costofrênicos, quando o paciente em ortostase. No entanto, apesar de infrequente, é clássica e conhecida a observação nesta patologia de derrame pleural septado na cissura horizontal à direita. Esta apresentação tem sido denominada de tumor fantasma ou tumor evanescente, pois simula uma massa na radiografia de tórax que desaparece com o tratamento da doença subjacente<sup>1-4</sup>.

O diagnóstico de tumor fantasma é facilitado quando existem evidências de líquido na grande cavidade pleural. Nem sempre o tumor fantasma localiza-se na cissura horizontal à direita, podendo, em menor frequência, localizar-se à esquerda ou próximo do mediastino<sup>4</sup>.

O aspecto radiológico do tumor fantasma é variável, dependendo do volume de líquido septado e de sua localização<sup>4</sup>. Frequentemente se apresenta como opacidade homogênea de forma esférica ou elíptica, contorno bem delimitado, em topografia da cissura horizontal<sup>3-5</sup>. A radiografia de tórax em perfil é importante para melhor determinar a localização da lesão nas cissuras pleurais.

Com a infusão venosa de diuréticos potentes é possível notar a limpeza radiológica em menos de 24 horas. A recorrência da lesão pode ocorrer sempre que houver descompensação cardíaca subsequente<sup>4</sup>.

Reconhecer precocemente este achado radiológico relacionado à ICC é importante para evitar procedimentos diagnósticos desnecessários e erros terapêuticos, uma vez que, o principal diagnóstico diferencial é com nódulo e/ou massa pulmonar.

## REFERÊNCIAS

1. Capone D, Lopes AJ, Marsico GA, Kirk KM, Carvalho MN, Jansen U *et al*. Doenças de pleura, mediastino e diafragma. In: Lopes AC, editor. Tratado de clínica médica. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2009. v. 2, p. 2754-70.
2. Millard CE. Vanishing or phantom tumor of the lung; localized interlobar effusion in congestive heart failure. *Am Coll Chest Phys*. 1971;59(6):675-77.
3. Freitas LO, Nacif MS, Petrelli ASC. Atelectasia e derrame pleural. In: Freitas LO, Nacif MS, editores. Radiologia prática para o estudante de medicina. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. v. 2, p. 73-86.
4. Lopes AJ, Jansen U, Capone D, Neves DD, Jansen JM. Diagnóstico de falsos tumores do pulmão. *Pulmão (RJ)*. 2005;14(1):33-42.
5. Escuissato DL, Marchiori E, Warszawiak D. Radiografia simples do tórax. In: Barreto SSM, Fiterman J, Lima MA. Prática pneumológica. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 55-75.